



Cartas científicas

Efectos de la pandemia por COVID-19 en la actividad de una unidad de cuidados paliativos



Effects of the COVID-19 pandemic on the activity of a palliative care unit

La infección por COVID-19 constituye una pandemia con 72.172.270 contagios confirmados y 1.612.932 fallecidos en todo el mundo (fecha 13 de diciembre de 2020)¹.

Todo ello ha supuesto en pocos meses un reto para los sistemas de salud a nivel mundial, que han tenido que hacer frente a una gran carga asistencial. La crisis ha obligado a los médicos a tomar decisiones de clasificación difíciles sobre qué tipo de atenciones tienen un alto valor inmediato y son esenciales para obtener resultados óptimos. Lo más desafiante son las situaciones en las que el retraso en la atención tiene una influencia adversa importante sobre la calidad de vida o de muerte digna según los deseos del paciente, como el caso que nos ocupa.

Los pacientes con necesidad de cuidados paliativos son un grupo especialmente vulnerable ante la situación impuesta por la actual pandemia, con peor pronóstico debido a su enfermedad de base y la pérdida de continuidad asistencial durante este periodo en donde los servicios de urgencias y atención primaria se han visto sobreesaturados.

La enfermedad COVID-19 significó un reajuste organizativo asistencial de todos los centros hospitalarios y de sus diferentes unidades incluidas las unidades de cuidados paliativos (UCP). En el Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid supuso un reto para el equipo multidisciplinar. Pese a este reajuste asistencial durante la pandemia (apertura de nuevas camas y conversión de unidades para atención exclusiva a pacientes afectados por dicha enfermedad) la unidad con 7 camas de hospitalización UCP ha sido la única del centro que ha mantenido su actividad asistencial específica.

Así pues, el objetivo de este estudio fue analizar los cambios en los parámetros de actividad y el perfil de los pacientes paliativos ingresados, los cuales no padecían infección por COVID, en el periodo de pandemia.

Se realizó una cohorte prospectiva de todos los pacientes ingresados en la UCP desde su apertura el 12 de diciembre de 2019 hasta el 1 junio de 2020. Se comparan parámetros de actividad asistencial de dos periodos de tiempo: previa pandemia de 90 días (desde apertura el 12 diciembre 2019 hasta 13 marzo 2020) y periodo pandemia de 70 días (14 marzo 2020 al 1 junio 2020).

Se comparan frecuencias con Chi-cuadrado y exacta de Fisher y las medias con la t de Student y la U de Mann-Whitney. Intervalos de confianza y nivel de significación >95%.

Se obtuvo un tamaño muestral de 101 pacientes (siendo 42 [42%] mujeres, de edad media 80,2 ± 12,66 años).

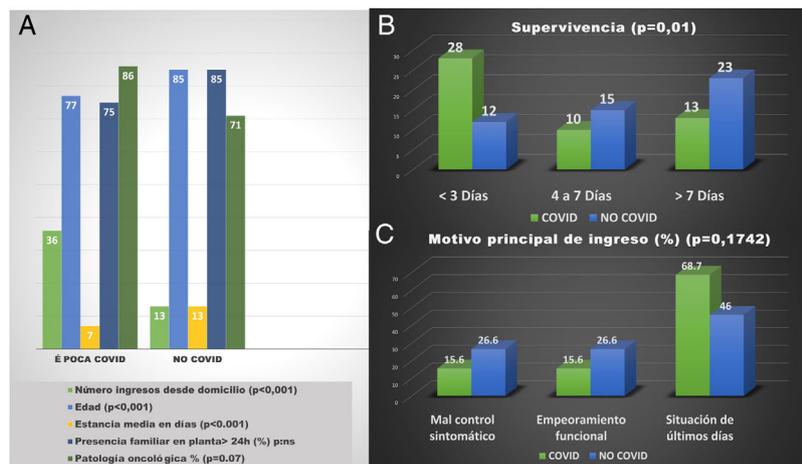


Figura 1. Resultados de la actividad asistencial: A) Comparativa entre periodo no COVID (12-12-2019 a 13-3-2020) y COVID (14-3-2020 a 1-6-2020): se observa aumento en número de ingresos procedentes de domicilio ($p < 0,001$) de 13 pacientes en periodo no COVID a 36 pacientes durante la pandemia. La edad de los pacientes ($p < 0,001$) ingresados durante la pandemia descendió en 8 años (de 85 a 77 años). La estancia media disminuye en 6 días ($p < 0,001$) de 13 a 7 días. El paciente oncológico continuó siendo el perfil más frecuente y la presencia familiar durante el ingreso fue preservada. B) Comparativa en supervivencia ($p:0,01$): durante la pandemia, aumentaron los pacientes con supervivencia menor a 3 días (28 pacientes en comparación a 13), siendo similar la estancia entre 4-7 días y disminuida la estancia mayor a 7 días (13 pacientes en periodo COVID en comparación a 23). C) Diferencias respecto motivo de ingreso ($p: 0,1742$): en periodo COVID aumentó el porcentaje de pacientes en situación de últimos días (68,7% en comparación al 46% previo). Tanto el mal control sintomático como el empeoramiento funcional fueron motivos de ingreso más frecuentes durante el periodo no COVID.

Durante la pandemia hubo incremento de ingresos (56 vs 45 ingresos) provenientes del domicilio (36 [64%] vs. 13 [29%]; $p < 0,001$), de menor edad ($76,69 \pm 13,2$ vs. $84,62 \pm 10,33$; $p < 0,001$), más varones (39 [70%] vs. 20 [44%]; $p = 0,01$) y con una menor estancia media ($7,18 \pm 9,91$ vs. $13,06 \pm 17,49$; $p < 0,001$).

Se incrementó la necesidad de control sintomático de últimos días (supervivencia inferior a 3 días) siendo 12 pacientes (27%) vs. 28 pacientes (51%); $p = 0,01$.

No hubo diferencias en la enfermedad de ingreso, siendo oncológica la más frecuente en ambos periodos (86 vs. 71%; $p = 0,07$).

El acompañamiento familiar durante el ingreso en periodo COVID se mantiene (75 vs. 85%; p :ns) pese a las restricciones requeridas, sin brote COVID en la unidad (2 pacientes importados). Además, al analizar el subgrupo de los pacientes provenientes de domicilio en ambos periodos no encontramos diferencias en el soporte familiar, siendo en ambos óptimo (fig. 1).

Como conclusiones, se puede observar que las necesidades de ingreso en las UCP hospitalarias se incrementaron especialmente para pacientes oncológicos en seguimiento domiciliario.

La actividad aumentó durante la pandemia, siendo pacientes de menor edad provenientes de domicilio en los que la situación inestable de últimos días propiciaba el ingreso.

Teniendo en cuenta que, en situaciones de final de vida, las necesidades de los familiares aumentan a medida que se acerca

el fallecimiento, se mantuvo la participación de los seres queridos en el acompañamiento familiar, adaptando la actividad a la aplicación de los protocolos hospitalarios establecidos de prevención y atención a pacientes y familias al final de la vida.

Todo lo anterior refleja la necesidad de asegurar una correcta continuidad asistencial en pacientes con necesidad de cuidados paliativos, los cuales han sido especialmente vulnerables durante la pandemia.

Bibliografía

1. Coronavirus Update (Live) [consultado 13 Dic 2020] Disponible en: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.

Yanira Aranda Rubio*, Concepción Jiménez-Rojas y Francisco Javier Gómez-Pavón

Servicio Geriátría, Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: yanira.aranda@salud.madrid.org (Y. Aranda Rubio).

<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2021.01.001>

0025-7753/ © 2021 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Espiroquetosis intestinal en un hospital terciario de Madrid



Intestinal spirochetosis in a Spanish hospital

Sr. Editor:

La espiroquetosis intestinal (EI) se define como la presencia de espiroquetas en las células epiteliales de los tejidos colorrectales^{1,2}. Las espiroquetas más comunes en humanos son *Brachyspira aalborgi* y *Brachyspira pilosicoli*¹. En humanos, la incidencia y prevalencia se describen con mayor frecuencia en hombres, particularmente en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), pacientes infectados por VIH y zonas de pobreza. En nuestro medio no hay registros epidemiológicos, por lo que presentamos una serie clínica con 9 casos de espiroquetosis intestinal.

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo a partir de una serie de biopsias colónicas positivas para espiroquetosis realizadas a pacientes con, en su mayor parte, un cuadro de diarrea crónica sin causa aparente y sin lesiones endoscópicas. Tras comprobarse la positividad para espiroquetosis de las muestras, se analizaron las características clínicas de los pacientes.

En nuestra serie, de los 7 pacientes de los que se pudo extraer datos clínicos, uno era HSH y otro mantenía relaciones heterosexuales de riesgo sin protección. La mayor parte presentaban infecciones de transmisión sexual (ITS) (2 pacientes eran positivos para el VIH; uno presentaba sífilis; otro, gonorrea, hepatitis C y sífilis latente tardía; otro, giardiasis tratada, y el último estaba en seguimiento por chancro sifilítico y verrugas genitales por virus herpes). La proporción de ITS es concordante con la de otros estudios previos, ya que se baraja la posibilidad de que la forma de transmisión de las espiroquetas sea por vía sexual, lo que explicaría la elevada tasa de prevalencia de esta enfermedad entre grupos de riesgo para la aparición de ITS, como HSH o pacientes que mantienen relaciones sexuales de riesgo^{1,3}.

El 100% de los pacientes tenían sintomatología gastrointestinal leve-moderada con predominio de diarrea crónica de consistencia líquida, destacando en un paciente la presentación clínica compatible con enfermedad inflamatoria intestinal. Habría que señalar que se presupone que la tasa de EI es mucho mayor de la actual, ya que la mayoría de los casos son totalmente asintomáticos, requiriéndose pruebas invasivas con toma de biopsias como requisito indispensable para el diagnóstico hoy en día^{4,5}.

En los cortes histológicos (fig. 1) destaca, en el borde luminal del epitelio de superficie de la mucosa colorrectal, un refuerzo supraepitelial basófilo, de aspecto filamentosos, constituido por múltiples estructuras filiformes paralelas entre sí y perpendiculares al epitelio de superficie (flecha), que se ve interrumpido en la desembocadura de las células caliciformes, siendo estas estructuras positivas con la técnica de Warthin-Starry y con inmunohistoquímica para antitreponema por reacción cruzada. La arquitectura de la mucosa colorrectal se encuentra conservada y la lámina propia presenta un infiltrado linfoplasmocitario entre leve y moderado, no identificándose ni neutrófilos ni granulomas³.

En 3 de los casos se comenzó tratamiento con metronidazol, con una mejoría clínica importante que supuso la desaparición de la sintomatología. La respuesta más frecuente al tratamiento es variable, oscilando entre una respuesta completa, como ocurre en todos los casos pertenecientes a la serie de nuestro hospital, con normalización de la histología de la mucosa colorrectal (en nuestra serie de casos, a ninguno de los pacientes se le realizó colonoscopia de control para determinar la ausencia de espiroquetas en la mucosa colorrectal postratamiento) y la persistencia de la clínica digestiva. Se cree que el grado de invasión del epitelio se correlaciona con los signos y síntomas y la respuesta a los antibióticos.

Por todo lo anterior, la EI es una enfermedad poco conocida que debería ser sospechada ante la presencia de cuadros de diarrea crónica y/o dolor abdominal difuso una vez descartadas otras posibles causas infecciosas/inflamatorias, sobre todo en pacientes infectados por el VIH, HSH o con antecedentes de sífilis y/u otras ITS.